

# Género binario y experiencia de las personas transexuales y transgénero.

## *Binary gender and experience of transsexual and transgender people.*

Marina de la Hermosa Lorenci,\* Beatriz Rodríguez Vega,\*\* Cristina Polo Usaola.\*\*\*

\* Psiquiatra. Hospital Dr. R. Lafora.

\*\* Psiquiatra. H. La Paz.

\*\*\* Psiquiatra. CSM Hortaleza.

**Resumen:** Varios autores señalan la necesidad de incorporar la voz y la experiencia de las personas trans en la investigación sobre transexualidad. En este trabajo, que se trata de un estudio exploratorio previo a una investigación más amplia, profundizamos en las narrativas biográficas de algunas personas trans a través de su discurso. En un segundo paso, ponemos en relación estas experiencias con los criterios diagnósticos DSM IV TR del Trastorno de la Identidad de Género, explorando las concordancias y disonancias de estas narrativas biográficas con las que se especifican en los requisitos diagnósticos, y realizando un análisis crítico de las conclusiones.

**Palabras clave:** Transexualidad. Transgenerismo. Género binario. DSM IV TR. Metodología cualitativa. Criterios diagnósticos. Narrativas biográficas.

**Abstract:** Several authors indicate the need to incorporate the voice and the experience of trans people in transsexuality research. In this work, which is an exploratory study before a wider research, we explore in more detail the biographical narratives of some trans people through their discourse. In a second step, we put in relation these experiences with the diagnostic criteria in the DSM IV TR for the Gender Identity Disorder, exploring the conformities and dissonances of these biographical narratives with those who are specified in the diagnostic requirements, writing a critical analysis of the conclusions.

**Key Words:** Transsexuality. Transgenderism. Binary Gender. Diagnostic criteria. DSM IV TR. Qualitative methods. Biographical narrative.

### Introducción. Transexualidad y derechos humanos

La primera cirugía genital a una persona transexual data de Alemania en 1931 (1), fue realizada por Abraham a Lili Elbe. En 1953 Christine Jorgensen volvería a EEUU tras realizarse una vaginoplastia en Dinamarca (2), generándose un gran revuelo en el contexto social y médico de opiniones encontradas sobre la cirugía genital.

En España se despenalizaron las cirugías genitales en personas transexuales en 1983 (3), y comenzaron a realizarse únicamente en clínicas privadas.

En 1999, tras la aprobación por el Parlamento de Andalucía de la prestación sanitaria a personas transexuales en el Sistema Sanitario Público Andaluz, se crearía una primera Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) en el Hospital Carlos Haya de Málaga (4). En 2007 se aprobó

la ley que regulaba la rectificación del registro sobre el sexo de las personas en España (3), y se creó la UTIG de Madrid, a la que siguieron unidades en Barcelona, Asturias, Tenerife o Bilbao(5).

A nivel internacional, en marzo de 2007 se presentaron en la Asamblea de Derechos Humanos de la ONU los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género. En el punto 18 de este documento se expone que “la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son, en sí mismas, condiciones médicas, y no deberían ser tratadas, curadas o suprimidas” (6). Posteriormente se han publicado otros documentos internacionales, entre los que destaca el informe temático “Derechos Humanos e Identidad de Género”, en el que el comisario de Derechos humanos del consejo de Europa, Thommas Hammarberg, considera la patologización de las personas trans como un obstáculo en el disfrute de sus derechos humanos (7).

Aunque algunas organizaciones de personas transexuales defienden la necesidad de mantener y utilizar la categoría del Trastorno de la Identidad de Género de forma estratégica para no perder la cobertura sanitaria conseguida (8), recientemente algunas asociaciones de transexuales y equipos médicos que promovían la noción de enfermedad han modificado sus planteamientos y defienden la despatologización (9).

### Objetivos y metodología

Varios autores (10, 11) desde diversos ámbitos, señalan la necesidad de tener en cuenta en la investigación sobre transexualidad la voz y la experiencia subjetiva de las propias personas transexuales.

Algunos clínicos que trabajan con personas transexuales (12, 13) señalan que los criterios diagnósticos resultan insuficientes para contener la diversidad de vías de expresión del género en estas personas y la posibilidad de que, en el contexto clínico, las biografías sean adaptadas, consciente o inconscientemente, a la “historia natural” que se desarrolla en los textos médicos (14, 9)

Recogiendo estas sugerencias, este trabajo tiene como primer objetivo explorar las narrativas

biográficas de personas diagnosticadas de transexualidad, como una forma de aproximación a su experiencia con su cuerpo, con su género, y con el proceso médico que llevan a cabo. Nuestro segundo objetivo es explorar las concordancias y disonancias de esa experiencia con los requisitos que se utilizan de forma habitual para realizar el diagnóstico.

Este estudio se presenta como un estudio exploratorio, una primera aproximación al campo previa al desarrollo de un proyecto de investigación más amplio.

A la hora de plantear el proyecto, existía un interés especial en explorar las narrativas de las personas trans descontextualizándolas en lo posible del contexto médico. Para ello, las personas entrevistadas fueron reclutadas a través de asociaciones. Utilizando como criterio de inclusión haber recibido el diagnóstico de transexualidad, y la disponibilidad para colaborar en el trabajo, se realizaron las siguientes entrevistas:

- P1. Hombre trans de 30 años. Licenciado en Ciencias Ambientales. Diagnosticado a los 30 años. No ha comenzado el tratamiento médico.
- P2. Hombre trans de 31 años. Estudios medios. Diagnosticado a los 25 años. Ha realizado hormonación, mastectomía e histerectomía.
- P3. Mujer trans de 30 años. Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales. Diagnosticada a los 22 años. Ha realizado hormonación y cirugía facial.

Se realizaron entrevistas individuales en profundidad con un proceso no directivo y semi-estructurado, basadas en un cuestionario creado específicamente para este trabajo. Las entrevistas fueron registradas y grabadas en formato mp3. Posteriormente fueron transcritas por la misma investigadora que las había realizado y la transcripción fue revisada y corregida por dos miembros diferentes del grupo de investigación, manteniendo siempre la confidencialidad de las mismas. Se realizó un análisis cualitativo según el enfoque de la “Grounded Theory” o teoría emergente, utilizando el programa ATLAS.ti (Visual Qualitative Data Analysis Management

Model Building) en su versión win 4.2., que fue revisado por dos jueces independientes.

Para realizar el análisis de las narrativas, tuvimos en cuenta los criterios diagnósticos utilizados en la clasificación DSM IV TR (14), dado que es la que los Standards of care (16) de la HBGDA recomiendan para realizar el diagnóstico, y la más frecuentemente utilizada en las unidades especializadas (56).

## Resultados

Encontramos que antes del primer contacto con los profesionales de salud mental, las personas entrevistadas habían buscado información, y continuaban haciéndolo a lo largo del proceso diagnóstico:

“De hecho, en la reunión y tal, (...), levanté la mano y dije: decidme cómo va esto que voy a conocer al coordinador de la UTIG y a mí éste, a ver por dónde va a salir, y digo: bueno, pues me contaron sus sensaciones, cómo fue su proceso, cómo fue su vivencia...” (P1. 234)

Referían haber encontrado información por diferentes vías, de las que las más frecuentemente citadas fueron las asociaciones de personas transexuales, e internet, y en algunos casos consideraban que los profesionales que les atendían no tenían suficientes conocimientos sobre transexualidad:

“Tuve un desencanto enorme, con el psiquiatra. Porque no tenía ni idea, porque daba cosas por asumidas, porque me prejuzgaba, porque me hacía unas preguntas que me parecían estúpidas.” (P3. 152)

Encontramos también en el discurso la convicción de que la transexualidad no es un trastorno mental, y una cierta percepción del profesional como juez:

“Yo sé cómo soy, sé que soy una persona súper coherente. Yo me he sacado mi carrera, mi historia, y yo no veo ningún tipo de... yo, en mí mismo no me veo ningún tipo de enfermedad. Simplemente que no me identifico con mi género. Punto, no hay más.” (P1. 120)

“(...) pero yo... claro, pues fingía para que él no se diera cuenta, porque dependía de él para

que luego me pasara a la siguiente fase, que era lo de las hormonas.” (P3. 156)

Respecto a las experiencias en salud mental, las personas entrevistadas referían en algunos casos satisfacción, sensación de desahogo, o experiencias que describen como desagradables:

“En ese sentido la verdad es que tuve suerte con M. y con E. (psicólogos que le atendieron en la UTIG).” (P2. 256)

“Pues, no sé. Entraba llorando por la angustia, la desesperación, todo, la ansiedad, o sea, un cúmulo de cosas. La presión de la familia, no sé... y entraba llorando y bueno, me desahogaba con ellos, y me ponía a llorar más.” (P2. 267)

Y en ocasiones explican que les ayudó a facilitar la comprensión familiar de la situación:

“Me sentí bien porque hizo sentir muy bien a mi madre. O sea, porque mi madre salió muy a gusto de esa consulta y estaba muy insegura con el tema, y eso, porque le faltaba información, y la veo cada vez más... a ver, no la veo más contenta, pero con el proceso más tranquila.”

Todo lo explicado anteriormente estaría relacionado con la forma en que, en algunos casos, estas personas se acercan a los profesionales de salud mental, que hemos descrito como “*Conformidad utilitaria*”. Acceden a acudir a las consultas y cooperar con los profesionales con la esperanza de conseguir el diagnóstico de trastorno mental que permitirá que comiencen el proceso médico:

“Pero ya luego te lo replanteas, y dices, a ver, es un proceso, son varias fases, con lo cual, vale. ¿Estoy es lo que hay?, pues vale, venga, te cuento todo lo que quieras saber y más, pero tú dame mi informe que yo me quiero hormonal. Un poco así.” (P2. 263)

Modificando en algunos casos sus narrativas biográficas en función de los criterios diagnósticos:

“(...) porque si él decía que yo tenía que estar continuamente pensando en tener una vagina, y yo no lo hacía, pues ya no encajaba, y si yo tenía que tener pensadísimo otro nombre porque tenía que aborrecer el mío y no lo hacía, pues no encajaba, y entonces empecé como a... que no encajaba, y al final, eran como los

pequeños detalles éstos los que me crucificaban, ¿no?, pero yo... claro, pues fingía para que él no se diera cuenta.” (P3. 156)

Analizando el discurso a la luz de los criterios diagnósticos, encontramos concordancias y disonancias entre las experiencias relatadas y las que se describen en las clasificaciones diagnósticas:

Respecto al criterio A, “Identificación acusada y persistente con el otro sexo”, al preguntar por el inicio de la identificación, se encuentra con frecuencia la respuesta de que les ocurre “de toda la vida”:

“Yo sobre todo ya te digo, echaba la vista atrás, y me planteaba desde cuándo, y yo pensaba: mi comportamiento ha sido así de toda la vida.” (P1. 14)

Es llamativo que, en algunos casos, al preguntar por la primera percepción de diferencia, la respuesta está relacionada con la certeza de la orientación sexual:

“O sea, desde... Yo me acuerdo cuando era pequeño que me gustaban las niñas, y no las miraba y era muy tímido, por aquello de qué me iban a decir...” (P1. 6)

Se señalan conductas que se consideran propias de una identidad de género diferente a la asignada desde la infancia. De esta forma, se habla de preferencias por juegos y compañeros de juegos propios de un género:

“(…) y luego en el recreo, y eso, hablaba con todo el mundo pero yo jugaba con los chicos. Yo jugaba al fútbol (...), yo todo lo que fuera bestia y lo que tal, me gustaba, ¿sabes?” (P1. 24)

Del deseo de utilizar vestimenta que consideran propia del género expresado y sentirse bien al hacerlo, o de tener ademanes que son considerados propios del género deseado:

“(…) debía tener así como... pues así, unos ademanes muy afeminados, ¿no?, muy femeninos.” (P3. 36)

A pesar de referir claramente conductas que consideran más propias de un género u otro durante la infancia, coinciden en no haberlas considerado así en un principio, y no tener la sensación en

un primer momento de que se tratara de conductas que no debían tener:

“¿Sabes qué pasa?, que cuando eres muy pequeño muy pequeño, tampoco es que te pongas..., quiero decir, hasta cierta edad, cuatro o cinco años... inclusive a ocho, lo que quieres es jugar, pero ¿a qué juegas?, o sea, tú no te preocupas en lo que te van a decir ni nada, actúas libremente...” (P2. 9)

Como consecuencia de estas conductas e intereses, refieren haber sido corregidos insistentemente por su familia, o en el caso de que hubieran sido respetadas en su familia, haberse dado cuenta de que no se consideraban adecuadas al comenzar el colegio:

“¡No juegues con eso!, ¿Por qué estás siempre con tu vecino tal y no con las niñas y con tu hermana?, siempre bajo la corrección. Absoluta. O sea... no puedes hacer esto, tienes que hacer lo otro, no puedes jugar a esto, juega con lo otro.”

En relación con las correcciones, aparece en el discurso una sensación de incompreensión de la norma e impotencia al darse cuenta que no se consideraba adecuado que se expresaran de la forma deseada:

“(…) en realidad tú dices, pues siento un deseo así como un poco irresistible, de ser así, pero a la vez no puede ser, no sé porqué exactamente, pero todo el mundo dice que no puede ser, entonces no puede ser. Y como no puede ser, además, si es va a ser malo, entonces no puede ser más todavía.” (P3. 24)

Y una de las personas entrevistadas relaciona estos sentimientos con la idealización que sentía en la infancia por el género deseado:

“Yo antes... yo supongo que es por la imposibilidad. Cuando eres pequeño, y no te puedes acercar a lo que a ti te gusta, ¿no?, de imagen, o físicamente, o de forma de comportamiento, o como sea. Pues yo creo que ante esa imposibilidad, también porque todos los mensajes día a día desde muchísimos lados, empezando desde la familia, de la escuela, de los profesores, todo, todo, todo, obviamente distingue cómo son los chicos y cómo son las chicas, y al hacer esta distinción, como tú no puedes ser

de la forma que te gustaría, yo creo que por esa imposibilidad hay como una especie de idealización, ¿no? Entonces, pues yo de pe- que, tenía esta idealización.” (P3. 14)

Algo que nos parece importante en el proceso es lo que una de las personas entrevistadas llama: “integrar rosas y azules”. Refiere que a lo largo del proceso, gracias a algunas lecturas, al apoyo de su psicólogo, y a haber entrado en contacto con personas trans que mantenían discursos críticos, se fue dando cuenta de que no todo en las mujeres era femenino, ni todo en los hombres masculino, y eso le ayudó a integrar sus propia diversidad respecto al género y a sentirse más tranquila en su relación con otras personas:

“(…) como decía mi sexólogo: parece ser... un problema que se encuentra mucho con los trans y las trans, el que integren sus rosas y sus azules, ¿no? Porque quieren ser completamente rosas y completamente azules, y parece ser que yo integraba muy bien mis azules en mi personalidad, en mi cuerpo, y en mi... todo, ¿no?” (P3. 182)

Todas las personas entrevistadas describían su experiencia como un proceso, y un episodio importante de este proceso es el de “poner nombre” a la discordancia entre su expresión de género y la norma, que en las personas entrevistadas ocurrió al final de la adolescencia. Esa identificación como transexual puede producir alivio, indiferencia, culpa, o malestar:

“Yo al principio sí. Porque yo veía a mi madre cuando se lo conté que era como... se acostaba súper pronto, nada más cenar, y se levantaba súper temprano, y con los ojos hinchados, o sea, llorando, pero a más no poder. Y claro, eso te hace sentir, de cierta manera, culpable. Es como, jo, mi madre está sufriendo... por esto, ¿sabes?” (P2. 340)

Una de las personas entrevistadas refería haber realizado un intento de suicidio tras ponerle nombre:

P1: (...) cuando me enteré en la tele y tal, de que había... ya pude poner nombre, ¿no?, a lo que me pasaba. Y es como... no, no, no, no.

E: No querías que te pasara eso...

P1: No, no, no, no quiero que me pase esto, no. O sea, y realmente tú sabes que es eso. Porque lo sabes. Y me tomé (resopla) no sé, todas las pastillas del mundo y más.

Tras la identificación, suele llegar el momento de la revelación a los familiares y amigos más cercanos, o en algunos casos a la pareja, pudiendo producirse diferentes reacciones. Con frecuencia refieren comprensión por parte de las madres y rechazo por parte de los padres, llegando incluso a la expulsión del domicilio familiar. En el caso de los amigos las reacciones también oscilan entre la comprensión y el rechazo, y en el caso de la revelación a la pareja, encontramos incredulidad, comprensión, y en algunos casos una ruptura de la relación:

“(…) porque además mi padre me llegó a echar de casa. Mi padre me echó de casa. Yo estuve un año fuera.” (P2. 297)

“Pero se lo conté a la chica con la que estaba y me dijo: tú estás mal (rie), de hecho me dejó.” (P2. 173)

A partir de la revelación, comienza a aparecer una demanda abierta de ser tratados con el género deseado que en ocasiones también coincide con una demanda de “demostración de género” por parte de otras personas, e incluso por parte del psiquiatra que realiza la evaluación:

“(…) yo me vi ya con 25 años, y es como... quiero, ya. Y te entra una ansiedad... O sea, no puedo seguir así. Entonces lo quieres todo ya. Y quieres que te llamen D. de la noche a la mañana.” (P2. 46)

“(…) y me decía que tenía que demostrar cosas, y que me tenía que vestir de no sé qué forma, y que tenía que realmente hacer ver que yo era una chica, (...) y es que dije, o sea, es que tengo que ser más tía que cualquier tía.” (P3. 152)

Respecto al criterio B, malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol, encontramos diversas expresiones de rechazo de partes del cuerpo en el discurso analizado. En la pubertad, refieren angustia por la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y sentimientos de desagrado con algunas partes del cuerpo:

“O sea, a mí no me gustaba nada, digo ¡uf!, yo que me quede... ¡virgencita, virgencita, que me quede como estoy!” (P3. 46)

El rechazo se menciona con más frecuencia en relación con tener que mostrar el cuerpo a otras personas, y sobre todo en las relaciones íntimas, negándose que sus parejas toquen sus genitales:

“(...) porque no quieres enseñarlo, o sea, no quieres que se muestre nada. El viento por ejemplo, yo lo digo, esto, para mí... mi peor enemigo es el viento. ¿Que qué pasa?, pues que te pega la camisa al cuerpo, y es que no quieres que se te vea, que se te vea eso.” (P1. 90)

Sin embargo, estas citas coexisten con otras, en las que se muestra el cuerpo desnudo en público, o en las que aparece un proceso de aceptación del cuerpo sin modificar, o de aquellas partes de él que se consideran adecuadas al género que se quiere expresar. Además, ninguna de las personas entrevistadas refería rechazo a la propia masturbación:

“Pues mira, por ejemplo yo nunca había tenido asco con mis genitales, o sea, no me habían provocado ahí...” (P3. 176)

En la “historia natural de la transexualidad” se cita con frecuencia la idea de que las personas transexuales sienten su cuerpo como “un error de la naturaleza” o como “un cuerpo que no me pertenece”. Al preguntar por esto, encontramos diferentes respuestas. Algunas personas se sienten identificadas con esa expresión, mientras otras la cuestionan, relacionándola con el contexto social:

“Y eso es lo que te duele, lo que te hace decir: ¡joder! ¡No has nacido de esta forma! ¡Eres transexual!, porque estás en un cuerpo que no te corresponde, es lo que más me ha costado ¿sabes?, el aceptarlo.” (P1. 106)

“(...) yo me pregunto, si yo viviera en un mundo donde hubiera ya un recorrido histórico de aceptación y donde se asumiera, (...), que alguien que tiene los hombros grandes, o que tiene pelos en la cara, puede ser una mujer, e incluso puede resultar atractiva para otra gente, si eso lo asumiéramos y no viviéramos en la hipocresía de por el día te escupo, por la noche te compro, y ese tipo de cosas, ¿no?, y toda la

sociedad hiciera eso, pues yo me pregunto si empezaría con un proceso médico, si hubiera tomado hormonas, si estarían presentes en la sociedad frases como: “vivir en un cuerpo que no me pertenece”. Si esas condiciones cambiaran, y son condiciones sociales, ¿eh?, no son condiciones biológicas, pues yo me pregunto si esa frase tendría sentido en una sociedad así...” (P3. 204)

En relación con el deseo de modificación corporal, hay múltiples referencias en las que se expresa el deseo de someterse a intervenciones médico-quirúrgicas de diferentes tipos. Se demanda hormonación y mastectomía en el caso de los chicos trans, pero la histerectomía y la faloplastia suscitan más dudas. Uno de los chicos entrevistados, explicaba que cuando comenzó el proceso se preguntaba qué clase de hombre sería si no iba a poder tener un pene, pero que a lo largo de los años se dio cuenta de que no se trataba de un pene, sino que era algo que estaba en la cabeza:

“Cuando ya te empiezan a contar un poco y es como que o cambias el chip, o te vuelves loco. En ciertos momentos añoras, pero luego, pues igual, esto te puedo decir que durante el primero, segundo año, luego pues te das cuenta de que hay muchos métodos (ríe), de que hay unas prótesis maravillosas, y de que está aquí (señala la cabeza). (...) No está en un pene.” (P2. 121)

Además, se cita frecuentemente la demanda de modificaciones por parte de otras personas, sintiéndose en ocasiones presionados por sus parejas, personas conocidas, o el personal médico:

“Entonces... pues, con eso muchísimas veces, empezando desde los profesionales médicos, mogollón, o sea, a lo bestia, hasta terminar... pues eso, la mayoría de la sociedad, que luego, gracias a Dios hay gente que no te está cuestionando por eso, menos mal, o sea, como que puedes tener ahí tu isleta de remanso y de paz, con respecto a tu cuerpo frente a los demás, pero con lo de las tetas también. Es: genitales, tetas. Que parece que es como lo definitorio de los cuerpos masculinos y femeninos, ¿no?, no son nada más que genitales y tetas...” (P3. 218)



Al preguntar por los motivos que relacionan con el deseo de someterse a intervenciones, la respuesta más frecuente las asocia con el deseo de ser tratados por otras personas conforme a su género deseado:

“Y con respecto a la gente de la calle, yo creo que las agresiones han parado cuando me han empezado a notar como una chica. O sea, es un poco triste decirlo, ¿eh?, pero yo creo que es así. Y yo creo que eso también justifica que yo me redujera el mentón, o que me tomara hormonas, porque realmente... o sea, sí. La gente cuando ya no nota nada sospechoso en ti que le haga pensar que no eres una chica, no te agrade.” (P3. 236)

Respecto al criterio C, que alude al malestar clínicamente significativo o al deterioro, con frecuencia se hace alusión a sentir miedo, malestar y soledad:

(...) un miedo terrible. Un miedo espantoso.” (P3. 88)

“(...) yo estuve como tres años sin ningún tipo de amigo de nada, ¿no? Perdí a los de mi instituto, en el primer año de carrera y estuve hasta cuarto sin nadie. O sea, yo no sabía los fines de semana... no hacía nada.” (P3. 68)

La sensación de malestar no parece presentarse desde el principio del proceso, sino poniéndose en relación con la ruptura de la norma social que supone la identidad de estas personas. Por ejemplo, una de las personas entrevistadas refería la angustia que le producían las continuas correcciones por parte de su familia:

“¡No juegues con eso!, ¿Por qué estás siempre con tu vecino tal y no con las niñas y con tu hermana?, siempre bajo la corrección. Absoluta. O sea... no puedes hacer esto, tienes que hacer lo otro, no puedes jugar a esto, juega con lo otro. ¡No te pongas tanto pantalón!” (P1. 32)

En el contexto escolar se refieren insultos y agresiones continuas:

“Sí, insultos y agresiones físicas. Los 20 minutos, media hora del recreo eran lo peor, o sea, era como... que no llegue, que no llegue, estaba que... quería que desapareciera de la faz de la tierra el recreo.” (P3. 54)

Y estas situaciones se ponen en relación con la gran angustia que producen los momentos de interacción social, que es la codificación que hemos encontrado con más frecuencia en el discurso analizado:

“(...) porque ya me cuesta, yo por ejemplo cuando me corto el pelo, me lo corto más, cuesta mucho, cuesta mucho por ejemplo lo del tema de los baños, el tema de las tarjetas de crédito, cuando te piden la documentación, ya te están mirando de arriba a abajo: ¿esto qué es? eso cuesta y duele ¿sabes?” (P1. 162)

En relación con esta ansiedad, comienzan a aparecer dificultades para afrontar algunas situaciones sociales, porque se aproximan a ellas con miedo:

“(...) yo antes le tenía miedo, y me defendía de la gente nada más conocerla, y digo: algo me van a hacer, ¿no? Algo me van a hacer. Entonces siempre era como a la defensiva, entonces, eso dificultaba un montón también, que tuviera amigos.” (P3. 126)

A lo largo de todo su proceso, estas personas son conscientes de que su expresión de género supone una transgresión con la norma social, y esta presión social puede suponer períodos de negación, en los que se intenta una adecuación a lo que los demás esperan. El malestar que producen estos episodios de negación puede llegar a estar relacionado con la aparición de ideación autolítica, y en algún caso se puede llegar a pasar al acto.

“Pues sí, desde ir a la comunión de no sé quién, hasta... anda, lleva un vestidito a... y te estoy hablando de..., yo dí el paso con 25, yo a los 19, llevaba el pelo largo, y yo salía con mi hermana y con sus amigas, y aunque me aburría como una ostra, con ellas, pero... no sé, o sea, sí. Es como... joder, tengo este cuerpo, pues, no sé, voy a aprovecharlo. Es lo que me han dado, es como que yo a mí mismo me negaba. Es como, no. No puedo, o sea... un montón de cosas.” (P2. 90)

De esta forma, uno de los principales sentimientos que aparecen al comenzar a plantearse el proceso médico es el miedo a las consecuencias

sociales del mismo, que preocupa tanto a las personas entrevistadas, como a sus familiares:

“Era otro año perdido, ¿no? Otro año que... ¡bue!, otro año que no me atrevo, otro año que... pero claro, pero luego era: ya, pero si empiezo con esto... ¡ostras! ¡Es que las consecuencias van a ser terribles!” (P3. 86)

Por último, en el discurso de todas las personas entrevistadas, se encuentra también una demanda de cambio social:

“Creo, que si la sociedad, sigue avanzando, o avanzara mucho en la manera de pensar, creo que muchas personas transexuales sí que se pondrían como personas transgénero, si les da miedo operarse, si no pueden operarse por cierto estado de salud, o lo que sea. Llegará un momento en el cual, creo que habría más personas transgénero, que no tuvieran tanto esa necesidad de operación, hormonación... y las personas transexuales quedaríamos como en un segundo plano, e incluso... no sé, ojala que evolucione esto muchísimo, y dejaríamos de existir.” (P2. 355)

## Discusión y conclusiones

Revisando la literatura, encontramos en ella algunos argumentos que cuestionan los criterios diagnósticos de transexualidad tal y como están descritos en el momento actual, y en nuestro trabajo encontramos aspectos que podrían aportarse a esta controversia y añadir algunas reflexiones al abordaje a la transexualidad por parte de los profesionales de salud mental.

Algunos autores (15, 16, 13) cuestionan el mantenimiento en los criterios de alusiones a comportamientos típicos de un género u otro, señalando juegos, compañeros de juegos o actitudes que se consideran más deseables según el caso, dado que están basados en estereotipos, y contribuyen a patologizar identidades de género no normativas en personas que no sufren por ello (14, 17). Las personas entrevistadas referían haber manifestado estas conductas e intereses en la infancia, pero en otros momentos cuestionaban que se tratara de aspectos que no se expresaran por parte de los dos géneros. Por nuestra parte, coincidimos con los autores que señalan que las conductas citadas son estereotipadas

respecto al género, que no se cumplen exclusivamente por uno u otro sexo, y que su inclusión en los criterios patologiza expresiones de género no normativas, por lo que pensamos no deberían mantenerse en los criterios diagnósticos tal y como se describen en el momento actual.

La idealización del género y la identificación con aspectos extremos de la masculinidad y feminidad que encontramos en nuestro análisis también son mencionadas por algunos clínicos que trabajan con personas transexuales (12, 13), que también consideran que las demandas de “demostración de género” que reciben desde varios lugares pueden estar relacionadas con esta identificación. Compartimos el punto de vista de Garaizabal (16) cuando señala la importancia de trabajar sobre los estereotipos de género que manejan estas personas durante el proceso de apoyo psicológico en las unidades, tratando además de que no centren todo su interés en estos aspectos, y puedan atender también a cuestiones, intereses y relaciones más allá de su identidad de género.

También la sensación de ser presionados para realizar modificaciones en su cuerpo que aparece en este trabajo ha sido descrita previamente en la literatura, tanto desde discursos críticos (15), como desde los clínicos (16). En nuestro trabajo encontramos que no todas las personas entrevistadas se sienten identificadas con la idea de un “cuerpo que no les pertenece”, y algunas incluso la critican abiertamente asociándola con la demanda social de coherencia entre el sexo asignado y el género expresado.

En relación con el criterio D, que hace alusión al malestar y las dificultades de funcionamiento de estas personas, diversos autores han señalado este aspecto en sus trabajos, e incluso en la propuesta de modificación de los criterios para el DSM V (18) se introduce un matiz en relación con este aspecto, proponiendo que el malestar sea valorado de forma independiente al diagnóstico.

Varios autores refieren además que el malestar que sienten estas personas no es inherente al trastorno, sino una consecuencia de la estigmatización y las violencias a las que son sometidas por la discordancia entre su expresión de género y la norma (14;9;19). En nuestro trabajo



encontramos que cuando se refiere malestar está intensamente relacionado con la ruptura de la norma social y sus consecuencias, e incluso aparece una demanda expresa de cambio social, que facilitaría que estas personas pudieran vivir y ser reconocidas de la forma deseada sin realizar intervenciones en sus cuerpos. Desde nuestro punto de vista, esta necesidad, y la angustia por no tener identidades normativas de género, disminuiría mucho si en nuestra sociedad se permitiese una mayor fluidez en los roles de género

(10), como se demanda por parte de los colectivos transgénero.

Consideramos que los hallazgos de este trabajo aportan argumentos que apoyan la salida de la transexualidad de las clasificaciones diagnósticas tal y como está definida en el DSM y en la CIE, sumándonos a una posición que defienden diversos autores (10, 17, 20).

### Contacto

Marina de la Hermosa Lorenci • [marinahl21@hotmail.com](mailto:marinahl21@hotmail.com)  
Plaza de los Reyes Magos 9, 2L • 28007 Madrid

### Bibliografía

- (1) Pauley IB. Adult manifestations of female transsexualism. In: Green R, Money J, editors. *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore: John Hopkins Press; 1969. p. 34-58.
- (2) Hamburger C, Sturup GK, Dahl - Iversen E. Trans-vestism: hormonal, psychiatric and surgical treatment. *J Am Med Assoc* 1953;152:391.
- (3) Platero R. Transexualidad y agenda política. *Política y sociedad* 2009;46(1 y 2):107-28.
- (4) Bergero T, Cano G, Giraldo A, Esteve I, Ortega M, Gómez M, et al. La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2004;24:9-20.
- (5) Asenjo-Araque N, Rodríguez-Molina JM, Lucio-Pérez M.J., Becerra A. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid). *Emergen* 2011;37(2):87-92.
- (6) Principios de Yogyakarta. <http://www.yogyakartaprinciples.org/>. 2007.
- (7) Hammarberg T. Human rights and Gender Identity. <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1476365>. 2009.
- (8) Martínez A. La fabricación del Trastorno de Identidad sexual. Íñiguez L, editor. *Estrategias discursivas en la patologización de la transexualidad. Discurso y Sociedad* 4, 30-51. 2010.
- (9) Suess A. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. In: Missé M, Coll Planas G, editors. *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: *Egales*; 2010. p. 29-54.
- (10) Polo C, Olivares D. Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2011;31(110):285-302.
- (11) Martínez-Guzmán A, Montenegro M. Producciones narrativas: Transitando conocimientos encarnados. In: Missé M, Coll Planas G, editors. *El género desordenado*. Barcelona: *Egales*; 2010. p. 229-63.



- (12) Garaizabal C. Transexualidades, identidades y feminismos. In: Missé M, Coll - Planas G, editors. El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: *Egales*; 2010. p. 125-40.
- (13) Bergero T, Asiain V, Gorneman I, Giraldo F, Lara J, Esteva I, et al. Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008;XXVIII(101):211-26.
- (14) Cohen-Kettenis PT, Pfafflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav* 2010 Apr;39(2):499-513.
- (15) Coll-Planas G. La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans. Barcelona: *Egales*; 2010.
- (16) Garaizabal C. Problemas de diagnóstico en los casos de transexualidad. *Revista de Psicoterapia* 1999;X(40):41-8.
- (17) Isay RA. Remove Gender Identity Disorder From DSM. *Psychiatric News* 1997;32(22):9-13.
- (18) American Psychiatric Association. DSM 5 Development. <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/GenderDysphoria.aspx> . 2011.
- (19) Bower H. The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. *Aust N Z J Psychiatry* 2001 Feb;35(1):1-8.
- (20) Fernández S. Derechos sanitarios desde el reconocimiento de la diversidad. Alternativas a la violencia de la psiquiatrización de las identidades trans. In: Missé M, Coll - Planas G, editors. El género desordenado. Barcelona: *Egales*; 2010. p. 177-94.

- Recibido: 15-4-2012.
- Aceptado: 12-2-2013.